

**PRINCIPIO BÁSICOS DEL  
DESARROLLO PROFESIONAL (DP) Y DE LA RECERTIFICACION  
DE LOS ESPECIALISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**CGCOM**

**Enero de 2022**

El Desarrollo Profesional Continuo (DPC) es propio de cada profesional e incluye todas las actividades que a lo largo de su vida profesional le permiten mantener sus competencias.

Sin embargo, en aras de la transparencia que la sociedad del siglo XXI merece y exige, deben buscarse formulas que permitan, de forma sencilla, valorar y cuantificar los esfuerzos que todos los profesionales de las ciencias de la salud realizan para mantener actualizada su competencia y mostrarlo a la ciudadanía.

La valoración del DPC ha recibido diferentes nombres siendo la nomenclatura más utilizada en España la de Desarrollo Profesional (DP). La valoración del DP no asigna una calificación numérica, sino que simplemente indica si las actividades de DPC que aporta el profesional son las adecuadas o si debe mejorar en algún área o dominio. En este último caso, la valoración del DP necesariamente va acompañada de un programa de mejora.

Un programa de DP, que afecta a todos los médicos y especialistas en ciencias de la salud en ejercicio, debe estar consensuado por todos los actores e, ineludiblemente, participado por los principales.

**Actores del DPC y Actores del DP**

Dada la disponibilidad de numerosas publicaciones que exponen los pormenores de los actores y sus responsabilidades en el DP y el DPC, a continuación, se muestra un esquema básico de dichos actores.

**Cuadro 1. Actores del DPC**

Actores del DPC	El médico	
Actores Principales del DP	Ámbito profesional ( <i>Autoritas</i> )	Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, CNECS Comisiones Nacionales de Especialidades Médicas, CNEM Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, CGCOM Sociedades Científicas, SSCC y FACME
	Administraciones sanitarias ( <i>Potestas</i> )	Dirección General de Ordenación Profesional, DGOP Consejerías de Salud/Sanidad
Actores Concurrentes del DP	Empleador (Público o privado)	
	Sindicatos profesionales	
	Otras Instituciones/Corporaciones (Universidades, Academias, Institutos, etc.)	

### Objetivo del DP y de la Recertificación

El objetivo básico del DP no es otro que consensuar entre los actores los requisitos de una credencial que certifique que, en un periodo de tiempo (por ejemplo 6 años), un profesional ha desarrollado las actividades adecuadas que garantizan la actualización de sus competencias para ejercer su profesión. El asentimiento entre los actores del Ámbito profesional, los poseedores de la *Autoritas*, es suficiente para consensuar y otorgar la credencial del DP, si bien sería un bien añadido que las administraciones sanitarias e incluso otros actores, participaran del consenso.

La credencial del DP alcanzada por consenso debe entenderse como un *win-win* dado que i) certifica al médico la legitimidad de sus actos profesionales, ii) garantiza al paciente y al ciudadano que va a recibir una buena atención sanitaria y, iii) permite a las administraciones sanitarias cumplir adecuadamente con su responsabilidad regulatoria y de control de la calidad de la asistencia.

La Recertificación debe entenderse como un paso más del sistema de control de calidad. En realidad, la Recertificación es una credencial igual a la credencial del DP, diferenciándose de este por la implicación obligada de la Administración sanitaria como agente regulador (la *Potestas*). Dicho de otro modo, la credencial del DP puede venir avalada exclusivamente por el Ámbito profesional, mientras que la Recertificación debería venir avalada tanto por el ámbito profesional como por el ámbito de la administración sanitaria. Dado que en el estado del bienestar la salud es una exigencia social, la administración sanitaria debe responder ante el parlamento a la demanda de la sociedad. La falta de participación de los actores principales en el diseño del DP y de la Recertificación garantizará el fracaso de la propuesta. No se trata de que una parte diseñe lo que las otras deben ejecutar, se trata de que los actores principales consensuen el modelo final.

### Actores del Ámbito profesional: Responsabilidades y particularidades

A) Responsabilidades Colegiales. Los Colegios se deben a todos los colegiados independientemente de la especialidad que desarrollen. Es una responsabilidad colegial mantener el registro colegial y tutelar los valores (las virtudes aristotélicas) de la profesión, que fundamentalmente se recogen en el Código de Deontología. Así pues, la ética médica y la ética del médico y el buen hacer de los profesionales, son una responsabilidad constitutiva de los colegios profesionales. Velar por la formación en los valores de la profesión en particular y en general por el mantenimiento de las competencias comunes, las que incumben a toda la colegiación, es buena parte del eje de la actividad de los colegios profesionales.

B) Responsabilidades de la Sociedades Científicas. Las SSCC son responsables del conocimiento científico y por tanto responsables de todas las competencias profesionales, tanto las competencias clínicas específicas de cada una de las especialidades, como de las transversales que complementan las específicas. El crecimiento exponencial del conocimiento biomédico, las nuevas técnicas, fármacos y abordajes terapéuticos han hecho crecer las especialidades, cada vez más delimitadas en parcelas propias, así como la aparición de súper-especialistas.

Por ello, al abordar las credenciales del DP para cada especialidad, se deben respetar las diferencias entre las diferentes especialidades, aunque dentro de un marco conceptual común, el de Bolonia. Este marco, al introducir el concepto de la evaluación por **competencias**, dice: no es importante el camino, la estructura, o el currículo que se elija; lo realmente importante es

que el final del camino del grado, de la especializada o de la continuada el graduado/residente/médico especialista sea competente.

### Estructura básica del DP

La estructura básica de la credencial que el CGCCOM propone desde hace 15 años, se inspira en procesos reconocidos tanto en el ámbito internacional como nacional y, además, tiene muy en cuenta estructurarlo en base al Sistema Nacional de Salud de España. Se resume en el siguiente esquema:

Cuadro 1. Ámbitos que valorar del DP y de la Recertificación		Ponderación	Programa
1	Ética y Profesionalismo (Código deontología, Valores profesionales)	Si/No	Programa VPC
2	Competencia profesional		
2-A	Actividad Asistencial (Asistencia, Gestión clínica, actividades y estancias clínicas, Otras actividades)	60%	Programa/s gestión del DP
2-B	Formación, Docencia e Investigación (FMC, Docencia, Investigación, Otras actividades)	40%	

Para desarrollar el proceso del DP o de la Recertificación hace falta diferenciar tres procesos que requieren respectivamente: RRHH, infraestructura y aplicación informática y que se pueden esquematizar como:

- Programa de Gestión de la Ética y Profesionalismo
- Programa de Gestión de la Competencia profesional
- Programa de Gestión del DP o Programa de Gestión de la Recertificación

Es relevante el concepto de que tanto el DP como la Recertificación requiere de tres entes con estructuras propias de gobierno. El primero (ética y profesionalismo) gestionado por las organizaciones colegiales (CGCOM), el segundo (competencia profesional) gestionado por SSCC, FACME y las CNEMs, y el tercero, clave, (credencial de DP o de Recertificación) gestionado por la convergencia de CGCOM, SSCC, FACME y las CNEMs para la credencial del DP, o la convergencia de CGCOM, SSCC, FACME, las CNEMs y la administración sanitaria (Ministerio de Sanidad y Consejerías de Sanidad/Salud), para la gestión de la credencial de la Recertificación.

Los dos primeros procesos tienen entidad propia y aunque no sería lo idóneo podrían funcionar de manera independiente. La organización colegial, a través de la VPC o de otro programa *ad hoc*, podría ser autónomo para expedir la credencial sobre la re-colección. El programa de la Gestión de la Competencia Profesional es más complejo. Cada una de las CNEMs y las SSCC deben llegar a una propuesta de consenso que, en base a las competencias de la especialidad, defina las competencias exigibles tanto para el proceso de DP como para el proceso de la Recertificación. Alcanzado este acuerdo, las propias SSCC o FACME podrían gestionar dicho programa. Sin embargo, el tercer programa no puede ser la suma simple de los dos primeros sino la convergencia de voluntades técnicas y políticas asumidas por todos los actores. Esto es, todos los actores han de asumir que la i) VPC es la adecuada, y ii) que la valoración del DP de cada especialidad científico-médica es la adecuada.

## Programa de Gestión de la Ética y Profesionalismo

En el ámbito 1, el CGCOM ha desarrollado desde hace más de 12 años el programa denominado “Validación Periódica de la Colegiación, VPC”, al que se ingresa a través de la página web del colegio en el que esté colegiado el médico o, en su caso, desde la página web del CGCOM. La VPC se estructura en cuatro apartados:

**Cuadro 2. Bloques que evalúa la VPC**

1	Buena Praxis profesional ( <i>Certificado colegial de Buena praxis</i> )
2	Valoración de salud del profesional ( <i>Certificación médica de salud laboral o del médico de familia</i> )
3	Empleador-Vida Laboral ( <i>Constatación de mantener la actividad profesional del médico</i> )
4	Formación Continuada y Desarrollo Profesional ( <i>Repositorio voluntario de formación en actividades comunes a todos los médicos</i> )

El programa de la VPC ha tenido un corto recorrido por diferentes factores, especialmente el de no haberse desarrollado, tal como inicialmente se esperaba, el programa de la recertificación. El rango de aceptación de la VPC ha sido dispar. Así, hay colegios en los que se ha superado muy ampliamente el 50% de la colegiación, mientras que otros colegios han tenido un impacto de menos del 5% de la colegiación. El impacto global supera el 10%. En cualquier caso, el punto fuerte de la VPC es estar activo a través de las webs de los colegios y del CGCOM, y a la espera de que su reconocimiento oficial por diferentes CCAA, o por su inclusión en el programa de la Recertificación, terminen reactivándolo. Así, la CA de Andalucía, ha anunciado recientemente que la VPC será la puerta de entrada obligatoria para la Carrera Profesional (CP).

## Programa de Gestión de la Competencia profesional

La valoración sobre la competencia profesional de los especialistas habrá de pivotar necesariamente sobre las estructuras poseedores del conocimiento biomédico. Por tanto, CNEMs y Sociedades Científicas, son estructuras capitales para determinar si un profesional mantiene y adquiere la competencia actualizada.

Hasta la fecha hay muy pocos programas operativos, quizá solo el de SEPAR que acreditó la “R” durante unos meses y no continuó operativo, y el programa básico del CGCOM que es flexible, está en fase de prueba piloto, y se supone operativo antes de verano. Quizá hay alguna SSCC trabajando en algún otro programa, pero en fases más iniciales. Lo más interesante es que todos se han organizado alrededor de los documentos que en el 2012 y 2014 aprobó la Comisión de Recursos Humanos de SNS. Por eso tienen estructuras muy parecidas a las que muestran los cuadros 1 y 3, el primero muestra el esquema básico, y el segundo ya muestra un mayor grado de desarrollo.

Si algo destaca del Cuadro 3, y que coincide con procedimientos regulatorios internacionales, es que hay dos apartados capitales: la actividad clínica/asistencial, esto es, las competencias, y la actividad en formación continuada acreditada (esto es, número de créditos de FMC). En estos dos apartados es necesario aportar evidencias, pero lo que realmente es destacable es que la recertificación puede ser positiva aportando solo evidencias en estos dos apartados. Sería lo mismo decir que, aunque las evidencias de los demás apartados también suman, no son estrictamente necesarias.

**Cuadro 3. Ámbitos y sub-Ámbitos para la valoración del DP y la Recertificación**

1	Ética y Profesionalismo (Código deontológico, Valores profesionales)		Si/No
2	Competencia profesional		
	A. Actividad Asistencial (Asistencia, Gestión clínica, actividades clínicas, estancias clínicas)		
	<b>Sub-Ámbitos de la actividad asistencial</b>		
	1A. Actividad clínica/asistencial (competencias)	<i>Es imprescindible aportar indicios en este apartado que pueden ser suficientes</i>	60 %
	2A. Estancias clínicas	<i>No es imprescindible aportar indicios en estos apartados</i>	
	3A. Actividades de gestión clínica		
	B. Formación, Docencia e Investigación (FMC, Actividades de Docencia, Investigación, Otras actividades)		
	<b>Sub-ámbitos de Formación, Docencia e Investigación</b>		
	1B. Actividades de FC acreditada	<i>Es imprescindible aportar indicios en este apartado que pueden ser suficientes</i>	40 %
	2B. Actividades Docentes	<i>No es imprescindible aportar indicios en estos apartados</i>	
	3B. Actividades científicas		
	4B. Otros méritos y actividades		

Nos podemos preguntar, ¿cuántas evidencias en cada uno de los apartados es necesario aportar? ¿qué evidencias son válidas y cuales no? Dadas las importantes diferencias entre unas especialidades y otras, no solo en número de competencias sino y especialmente en sus características, parece necesario, imprescindible, dejar un grado alto de autonomía a cada especialidad y SSCC para que configure las competencias que debe evaluar, con que instrumentos, y con qué evidencias. Aceptado este modelo, cualquier programa informático para organizar la valoración del DP o la recertificación deberá disponer de “n” cajones básicos, esto es, cajones 1A, 2A, 3A, etc. para aportar las evidencias que se hayan definido en el apartado de actividad asistencial (competencias) y cajones 1B, 2B, 3B, 4B, etc., para aportar las evidencias que se hayan definido en el apartado de formación, docencia e investigación. El programa del CGCOM se organiza de esta forma y está a disposición para cualquier SSCC que quiera utilizarlo. Estos programas, ya operativos, pueden ser de gran ayuda para desarrollar en un corto plazo de tiempo la credencial del DP. Sin embargo, la credencial de la Recertificación, de mayor repercusión, debería ir avalada por alguna estructura sólida en la que estuviesen CGCOM, SSCC, FACME, CNEMs y las administraciones públicas. En este sentido la Fundación Educación Médica (FEM<sup>1</sup>) ya formuló una propuesta de Agencia/Consortio que, entre otras funciones, asumiera la responsabilidad técnica de la Recertificación.

### Programa de gestión del DP

Si aceptamos el modelo propuesto previamente y disponemos del programa de “Gestión de la Ética y Profesionalismo” (la VPC) y las CNEMs, las SSCC y FACME disponen del consenso sobre el “Programa de Gestión de la Competencia profesional” (R) basado en los “n” cajones anteriormente señalados (el programa propio de la sociedad o el básico del CGCOM), nos debemos preguntar ¿Disponemos ya de la credencial del DP? La respuesta es no. Se requiere que los dos programas/pasos anteriores den un tercer paso, un tercer programa, consistente en reunir no solo los programas anteriores sino también las voluntades políticas de la valoración del DP (ver Figuras 1A y 1B).

<sup>1</sup> FEM, Documento “La evaluación de la formación de los médicos en España” Editado por CGCMO, 2022.

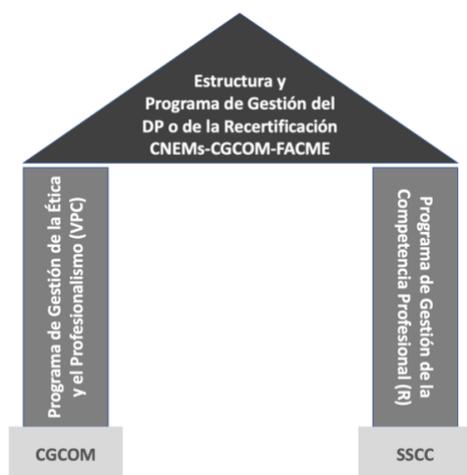


Fig. 1A Modelo inicial para el DP



Fig. 1B Modelo a futuro

Se trata del paso más complejo de diseñar y de aceptar. Se debe concretar una estructura sencilla y unos RRHH, con capacidad técnica, con representación de las estructuras profesionales, las CNEM <sup>(2)</sup>, el CGCOM, las SS.CC. y, si así lo considerara, FACME. Dicha estructura, debería ser responsable de gestionar el DP a través de los inputs del programa de Gestión de la Ética y Profesionalismo (VPC) y el programa de Gestión de la Competencia profesional.

En manos de esta estructura debería estar una cuestión delicada. La gestión de la ética y el profesionalismo, al menos en teoría, es de fácil aceptación si confiamos en la VPC. Sin embargo, la gestión de la competencia profesional es más compleja dado que hemos supuesto un grado amplio de libertad de dicho programa. Alguien ha de velar por el marco común, qué de validez a la estructura, que certifique la calidad de las “R” de cada especialidad y sociedad científica y asegure la transparencia, así como la gestión de los posibles conflictos de competencias que se puedan producir entre sociedades científicas y especialidades médicas.

Esta estructura debe ser prestigiosa y prestigiada para que pueda cumplir con los tres fines del DP, respaldar al profesional, dar confianza al ciudadano y facilitar la responsabilidad de la administración.

### Programa de gestión de la Recertificación <sup>(3)</sup>; final del camino

El edificio propuesto en la Fig. 1 es funcional, y podría desarrollar el DP sin problemas. Sin embargo, el desarrollo del proceso de la Recertificación es más complejo a nivel nacional sin la participación de uno de los actores principales, la administración sanitaria. En algún momento, la participación efectiva de la administración debe incorporarse dando mayor solidez a la

<sup>(2)</sup> El Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS) incorpora a otras profesiones, por ello, las que deberían integrarse son las Comisiones Nacionales de las Especialidades Médicas, CNEMs. La gestión podría recaer en un “Consejo de administración” paritario entre las tres entidades y un Comité Científico integrado por profesionales de reconocido prestigio científico. Las CNEMs no tienen personalidad jurídica, por lo que deberían integrarse en las estructuras de gobierno del consorcio por invitación del CGCOM/SS.CC.

<sup>(3)</sup> Una vez acordada la estructura del DP entre las tres entidades, se debería presentar al Ministerio de Sanidad incluyendo una propuesta sobre el control y tutela del programa de Recertificación que, necesariamente, debe ejercer la administración.

credencial. Además, su implicación y participación es necesaria para que la propia administración pueda rendir cuentas a la ciudadanía.<sup>(4)</sup>



La figura 2 pretende esquematizar la estructura completa para la Recertificación. Es evidente que se pueden realizar cambios de actores incorporándoles en uno u otro elemento del camino. Por ejemplo, no debería haber problema para incorporar a la DGOP/Comisión de Recursos Humanos del SNS en el triángulo superior de la figura, igual que pueden incorporarse otros actores.

### Marco común del programa de gestión de las competencias

Deberíamos considerar dos tipos de características, unos principios generales y otras características específicas. Para los principios generales nos podemos apoyar de nuevo en las descritas en el documento de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud que se resumen en el Cuadro 4.

**Cuadro 4. Principios generales del proceso de evaluación del Desarrollo Profesional (DP) y la Recertificación**

1	Ser comprensible por todos los profesionales.
2	Ser de fácil implementación.
3	Estar estructurado.
4	Tener carácter periódico.
5	No ser punitivo y asociarse a un programa de mejora.
6	Basarse en indicadores, definidos previamente; con peso significativo en la práctica clínica; consensuados; con criterios de calidad contrastada.
7	Asimilables a procesos internacionales reconocidos.

<sup>(4)</sup> Una posibilidad es: 1. El Ministerio de Sanidad delegaría en la entidad integrada por CGCOM/SS.CC.-FACME/CNE la gestión de la recertificación; y 2. Establecer una agencia supervisora de la mencionada entidad profesional dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud o de su Comisión de Recursos Humanos. Esta agencia supervisora podría ejercer un papel similar a la *Professional Standards Authority for Health and Social Care* (Reino Unido). La incorporación de integrantes provenientes de la sociedad civil a esa agencia contribuiría a desburocratizarla y llevaría la voz de los ciudadanos y de los pacientes a ese órgano de control.

8	Voluntario.
9	Con validez en todo el Sistema Nacional de Salud, lo que implica un proceso de homologación.

Respecto a las características específicas, el propio documento de la Comisión de recursos humanos entra en detalles, al igual que lo está haciendo FACME y diferentes sociedades científicas. Sin embargo, las generalizaciones son peligrosas y diferentes sociedades científicas han desarrollado programas de DP o recertificación muy complejos que han sido aceptados por su propio colectivo, pero que posiblemente serían de difícil aceptación por otros colectivos.

Hay sociedades científicas que utilizan los *European Training Requirements* (ETR) de la UEMS para validar su permanencia en la sociedad, para lo cual acceden a través de duros exámenes europeos. Hay sociedades que se han acostumbrado y han aceptado el uso de indicios y pruebas de evaluación complejas, (Porfolios, 360º, Auditorias, etc.). Sin embargo, las características de otras sociedades dificultarían la implementación de pruebas de evaluación complejas en su colectivo. Esta exposición pretende concluir que sería tan perjudicial obligar a utilizar a las sociedades científicas indicios complejos como el 360º, como pedir a las sociedades científicas que las están utilizando que dejen de hacerlo. Lo importante es que se defina por consenso el nivel de mínimos y que técnicamente sea el adecuado.

No se puede pedir que todas las SSCC ajusten su número de competencias a un mismo intervalo y menos si este es muy corto. Cada sociedad científica debe tener la comodidad de definir sus competencias y definir como las quiere evaluar y que indicios deberá presentar el interesado. Seguramente, se podría definir un periodo máximo (6 años podría ser una propuesta acertada) y que cada especialidad podría ajustar el término en función de sus necesidades.

No puede trivializarse la carga burocrática de algo tan serio que compromete la garantía del buen hacer de los profesionales. Cualquier recurso informático, como el del CGCOM o el que corresponda, debe estar diseñado para cumplimentarlo en un periodo largo de tiempo (de 6 a 10 años). Subir a la plataforma un indicio, esto es, un pdf, o un video, no debe costar más de 5 minutos; seguramente mucho menos. En el supuesto, absolutamente irreal, de que se tuvieran que aportar 100 indicios anuales, representaría dedicar al año 8 horas, lo que no se puede calificar de sobrecarga burocrática y mucho menos si en lugar de 100 indicios son 10 o 20. Otra cosa son las horas dedicadas a la formación que, naturalmente pueden y deben calcularse ajustadamente para cada especialidad. Una vez más, las características de cada especialidad deben determinar, aspectos como el número de créditos de FMC acreditada. Hay especialidades en las que como promedio superan ampliamente los 15 créditos anuales del SNS. Sin embargo, en otras especialidades, un requisito de 15 créditos anuales significaría no acceder al DP o la Recertificación de la mayoría de los integrantes del colectivo. ¿Es justo socialmente bajar el listón de unos para que pasen los otros? No es justo; lo que se necesita es una valoración *ad hoc* para cada especialidad. Una vez más debemos recordar Bolonia: *los caminos por el que discurre cada especialidad pueden ser diferentes siempre que lleguen al mismo lugar, la competencia profesional*. Por ello, es necesario que una estructura técnica valore si las propuestas de las diferentes especialidades superan el umbral de mínimos (previamente consensuado) y que, por tanto, la credencial del DP y la credencial de la Recertificación, validen la competencia profesional. Las estructuras responsables del DP (Figura 1) y de la Recertificación (Figura 2) muestran la estructura de gobierno del DP y la Agencia/Consortio para la Recertificación.

Los indicios de las competencias se deben ir adjuntando a lo largo de los años de la Recertificación, de forma gradual, no traumática para nadie, con un programa que de forma periódica y amigable avise del progreso. No se trata de que el interesado aporte toda la información la semana anterior a su solicitud final. El profesional debe introducir los indicios

sobre su progreso de forma periódica, por ejemplo, accediendo al programa del DP o de la "R" a lo largo de los 6 años de forma trimestral.

El proceso de baremar debe ser sencillo y se reduce a que el interesado muestre, a través de indicios establecidos, sus competencias y sus créditos de FMC. Baremar el DP y la Recertificación no debe ser una oposición a cátedra. El objetivo es generar confianza a todos, al médico, a la SSCC, al colegio, a las CNEMs, a la administración sanitaria y sobre todo al paciente/ciudadano.

La cuestión final pasa por haber consensado el nivel de competencia, el umbral, así como los medios, los indicios que se deben aportar no solo a nivel general, sino para cada especialidad. Respetar las particularidades de cada especialidad, conlleva determinar medidas *ad hoc* para cada una de ellas. ¿Se pueden formular un programa uniforme para todas las especialidades? Efectivamente se puede, pero seguramente ni es lo mas conveniente ni lo más práctico. Lo realmente importante es haber definido correctamente el umbral de mínimos que permitirá a la estructura de gestión filtrar las propuestas con la máxima eficiencia técnica y la absoluta transparencia.

#### Acrónimos o abreviaturas utilizadas en el texto

CA	Comunidad Autónoma
CCAA	Comunidades Autónomas
CGCOM	Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos
CNECS	Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud
CNEM / CNEMs	Comisión/es Nacional/es de
CP	Carrera Profesional
DGOP	Dirección General de Ordenación Profesional
DP	Desarrollo Profesional
DPC	Desarrollo Profesional Continuo
FACME	Federación de Asociaciones Científico Médicas
FEM	Fundación Educación Médica
FMC	Formación Médica Continuada
SSCC	Sociedades Científicas
VPC	Validación Periódica de la Colegiación

#### Glosario de términos del texto

##### Acreditación

Proceso mediante el cual un organismo comprueba el cumplimiento de los requisitos o estándares de calidad previamente definidos de una actividad de FMC/DPC o de una institución proveedora de actividades de FMC/DPC.

Es frecuente que este término se use como sinónimo de ‘certificación’ de una determinada actividad, aunque el término ‘acreditación’ no debería utilizarse para personas. Sin embargo, están institucionalizadas diferentes ‘acreditaciones’ dirigidas a personas, como ‘acreditación de tutores clínicos’ o ‘diplomas de acreditación y acreditación avanzada’, previstos en la LOPS.

##### Actores concurrentes<sup>5</sup>

Por oposición a los actores principales, denominamos actores concurrentes a aquellos actores que, sin ser esenciales para contribuir al fin propio de los actores principales, pueden contribuir de alguna manera positiva al fin de los actores principales.

##### Actores principales

La consecución de un determinado fin requiere, entre otros elementos, de determinados recursos humanos. Denominamos actores principales de un determinado fin a los recursos humanos que son esenciales y necesarios para conseguirlo y sin los cuales no es posible hacerlo.

##### Comisión Nacional de Especialidades Médicas, CNEMs

Cada especialidad de las ciencias de la salud oficialmente reconocida en España dispone de su correspondiente comisión nacional y el conjunto de todas las comisiones constituyen el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS), siendo dichas comisiones y el consejo estructuras asesoras del Ministerio de Sanidad. Desde la vertiente de los médicos, se contemplan tres grupos de especialidades, i) las especialidades a las que solamente tienen acceso los graduados en medicina, ii) las especialidades a las que tienen acceso los graduados en medicina y otros graduados, y iii) las especialidades a las que no tienen acceso los graduados en medicina.

Como en el CNECS hay especialidades en las que no participan los médicos, es conveniente referirse al término “Comisiones Nacionales de las Especialidades Médicas” (CNEMs), cuando nos referimos a las especialidades a las que tienen acceso los médicos. Las CNEMs no tienen personalidad jurídica.

##### Competencia

Construtto de orden superior fruto de la adquisición y desarrollo de conocimientos, habilidades, actitudes y valores necesarios para llevar a cabo una función en un contexto y momento determinados.

Por tanto, una “competencia” no es la suma algebraica de conocimientos, habilidades, actitudes y valores por lo que su evaluación requiere de instrumentos *ad hoc* y no los necesarios para evaluar separadamente de conocimientos, habilidades, actitudes y valores.

##### Credencial

Orden o documento que atestigua o autoriza la cualificación, competencia o autoridad otorgada a un individuo por un tercero, sin perjuicio de obtener luego el título correspondiente.

Ejemplos de credenciales son: los diplomas, los títulos académicos, los títulos de grado, los documentos de identidad o de conducir, etc. En algunos países hispanohablantes sólo se denomina credencial a algunos de estos documentos y no a otros.

##### Desarrollo profesional, DP

En diferentes artículos se consideran sinónimos los términos DPC y DP. Sin embargo, la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (2012 y 2014) diferenció ambos términos de forma particular, definiendo al DP como:

*Proceso al que se compromete un profesional para mantener y mejorar la competencia profesional con reconocimiento de la propia profesión, de la sociedad, y de las instituciones de las que forma parte.*

<sup>5</sup> Aceptación de concurrir: Contribuir con una cantidad o manera para determinado fin.

*Su objetivo es facilitar al profesional el marco de referencia de las competencias en: liderazgo, orientación al paciente, trabajo en equipo, creatividad y actitud innovadora, mejora continua y otras, y asociadas al desempeño de su trabajo en una organización.*

*Su valoración debe establecerse en un momento y lugar determinado, con una periodicidad establecida, y un procedimiento de evaluación universalmente reconocido, constatándose o no la competencia profesional deseable y previamente definida; por ello no puede estructurarse en tramos.*

*El desarrollo profesional debe estar ligado a un “diseño profesional” y por tanto debe tener relación con otros procedimientos como carrera profesional, recertificación, relicencia-recolegiación, peritaje, miembro comisiones profesionales...*

De alguna forma, el DP sería una parte del DPC (... acotado en el tiempo ...) y es evaluable, lo que requiere acotar previamente que actividades se incluirán en la evaluación. Esta acepción es la que se utiliza en el presente trabajo.

#### **Desarrollo profesional continuo, DPC**

Conjunto de todas las actividades orientadas a la actualización, desarrollo y mejora de la competencia requerida para una adecuada práctica clínica a lo largo de la vida profesional, y comprende fundamentalmente tres tipos de actividades: el aprendizaje autónomo, el aprendizaje en servicio y las actividades de formación médica continuada.

El DPC debe considerarse personal, propio de cada médico, y no valorable en su totalidad.

En España, la LOPS define el desarrollo profesional continuo como el reconocimiento público, expreso y de forma individualizada, del desarrollo alcanzado por un profesional sanitario en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, docentes y de investigación, así como en cuanto al cumplimiento de los objetivos asistenciales e investigadores de la organización en la que prestan sus servicios.

#### **Formación Médica Continuada, FMC**

Conjunto de actividades educativas orientadas a la adquisición, mantenimiento o mejora de la competencia profesional.

En España, la LOPS define la formación continuada como el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario. De manera genérica, la formación médica continuada se suele definir como el conjunto de actividades educativas que lleva cabo el médico una vez finalizado su período de pregrado y de especialización, para mantener actualizada su competencia, y que no comportan una titulación adicional.

#### **Validación Periódica de la Colegiación, VPC**

Proceso voluntario y periódico (cada seis años) por el que los colegios de médicos españoles renuevan a sus colegiados la credencial de la colegiación tras evaluar la buena praxis médica, el buen estado psicofísico para el ejercicio de su actividad profesional y el buen desempeño profesional.